

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1904-1905. — N° 17

DE LA FORME DÉLIRANTE
DE LA
MÉNINGITE TUBERCULEUSE
chez l'Enfant

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 novembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Francisque PÉRIGNAT

né à Rive-de-Gier le 13 février 1879



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON
7, rue des Marronniers

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 17

DE LA FORME DÉLIRANTE
DE LA
MÉNINGITE TUBERCULEUSE
chez l'Enfant

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 novembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Francisque PÉRIGNAT

né à Rive-de-Gier le 13 février 1879



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON
7, rue des Marronniers

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. LORTET
M. HUGOUNENQ.

DOYEN.
ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales
Cliniques chirurgicales.
Clinique obstétricale et Accouchements
Clinique ophtalmologique.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies mentales
Clinique des maladies des enfants
Physique médicale.
Chimie médicale et pharmaceutique.
Chimie organique et Toxicologie
Matière médicale et Botanique
Parasitologie
Anatomie.
Anatomie générale et Histologie
Physiologie.
Pathologie interne.
Pathologie externe.
Pathologie et Thérapeutique générales.
Anatomie pathologique.
Médecine opératoire
Médecine expérimentale et comparée.
Médecine légale.
Hygiène
Thérapeutique
Pharmacologie

MM.
LÉPINE.
BONDET.
BARD.
PONCET.
JABOULAY.
FABRE.
X.
AUGAGNEUR.
PIERRET.
WEILL.
MONOYER.
HUGOUNENCQ.
CAZENEUVE.
BEAUVISAGE.
LORTET.
TESTUT.
RENAUT.
MORAT.
TEISSIER.
X.
MAYET.
TRIPIER.
POLLOSSON (M.)
ARLOING.
LACASSAGNE.
COURMONT (J.).
SOULIER.
FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire

M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.
Maladies des voies urinaires
Maladies des oreilles, du nez et du larynx
Propédeutique médicale
Propédeutique chirurgicale.
Propédeutique de gynécologie.
Anatomie pathologique
Hygiène administrative.
Thérapeutique générale
Accouchements
Matière médicale
Embryologie.
Anatomie topographique

MM.
POLLOSSON(A.) agrégé
CHANDELUX, —
LANNOIS, —
ROQUE, —
BERARD, —
CONDAMIN, —
DEVIC, —
ROUX, —
COLLET, —
COMMANDEUR, —
MOREAU, —
REGAUD, —
ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM.
BARRAL.
PIC.
PAVIOT.
NOVÉ-JOSSERAND.
BERARD.
SAMBUC.

MM.
BORDIER.
COURMONT (P.).
CHATIN.
VILLARD.
TIXIER.

MM.
REGAUD.
CAUSSE.
ANCEL.
CHARVET.
COMMANDEUR.

MM.
GAYET.
MOREL.
NEVEU-LEMAIRE.
NICOLAS.
PATEL.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. WEILL, Président; M. DOYON, Assesseur;
MM. NICOLAS et GAYET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

A MES PARENTS

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, qui doit être le couronnement de nos études, nous sommes heureux d'acquitter la dette de reconnaissance contractée envers ceux qui nous distribuèrent leur enseignement.

Nos remerciements vont d'abord aux médecins et aux chirurgiens de l'Hôpital St-Joseph, où nous avons passé deux années. M. le Dr Clément, médecin en chef, nous a fait bénéficier de sa longue et riche expérience, de son sens clinique si averti. Son enseignement de tous les jours au lit des malades aura certainement eu une grande influence sur notre éducation médicale, car il est de ceux qui se gravent dans l'esprit par la rigueur de l'observation et la logique des déductions cliniques. Nous lui en témoignons toute notre gratitude.

Que M. le Dr Chaballier, médecin suppléant, croie aussi à notre reconnaissance ; les quelques semaines

que nous avons passées près de lui nous ont fait regretter de l'avoir eu si peu de temps comme chef de service.

Avec M. le Dr Goullioud, chirurgien en chef, nous avons appris la chirurgie générale. Nous sommes surtout heureux de nous être familiarisé, à son école, avec la pratique si difficile de la gynécologie où sa compétence est si grande. — Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a plusieurs fois témoignée.

M. le Dr Rafin nous a initié à l'étude des maladies des voies urinaires, où il s'est spécialisé avec un talent qu'affirment chaque année des publications nouvelles. Nous le prions de croire à notre reconnaissance.

Le choix de cette étude nous a été suggéré par M. le professeur Weill. Pendant les cinq mois que nous avons fréquenté sa clinique infantile, nous avons pu apprécier sa méthode si judicieuse, qui s'inspire surtout de la pathogénie des affections, et qui s'applique à réaliser la thérapeutique étiologique, la seule vraiment rationnelle. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous associons à ces remerciements : M. le Dr Péhu, qui ne nous a ménagé ni ses conseils ni son temps pour ce travail.

M. le Dr Audry a mis à notre disposition sa collection d'observations ; il nous a de plus autorisé à publier un curieux cas de rage. Nous lui en témoignons notre gratitude.

Et maintenant nous nous préparons à entrer dans

cette carrière médicale, qui demande tant de dévouement, de patience et de don de soi. Pour nous aider dans son exercice, nous aurons toujours présente à l'esprit cette belle pensée antique :

Divinum est opus sedare dolorem.

C'est faire œuvre divine que de soulager la douleur.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

En choisissant comme sujet de thèse cette étude sur la forme délirante de la méningite tuberculeuse chez l'enfant, nous n'avons pas voulu établir un nouveau type clinique de cette affection. Les quelques matériaux que nous avons réunis sont une trop modeste contribution pour cela. Notre intention est seulement de présenter deux observations, — une surtout, plus caractéristique, — d'une forme rare de la méningite tuberculeuse infantile. Nous les avons recueillies dans le service de M. le professeur Weill.

Dans l'observation qui sert de point de départ de notre thèse, il s'agissait d'une fillette de huit

ans et demi, présentant un tableau symptomatique quelque peu déconcertant : crises convulsives, état d'hallucinations terrifiantes continuelles, avec hyperesthésie généralisée. Le diagnostic était incertain. On pensait un peu à la rage.

Les derniers jours, la malade présenta de la raideur de la nuque, et à l'autopsie on trouva des lésions de granulie généralisée, en particulier des lésions de méningite tuberculeuse.

Surpris du curieux ensemble de symptômes qu'avait offerts cette méningite, nous fîmes des recherches, sur les conseils de M. le professeur Weill, pour savoir s'il existait beaucoup de cas analogues. Nous ne pûmes trouver qu'une autre observation offrant un délire typique, nettement systématisé comme chez notre première malade.

En effet, l'évolution clinique de la méningite tuberculeuse comporte rarement du délire chez l'enfant. Chez l'adulte sans doute, on le rencontre souvent. Dans sa thèse, Chantemesse (1) a fixé plusieurs types cliniques remarquables. A côté des formes monoplégiques, hémiplegiques, aphasiques, il a montré la fréquence relative du type délirant. Dans ces cas, le délire est souvent bruyant, caractérisé, s'accompagnant d'hallucinations, d'idées de persécution, d'ambition ou d'impulsions motrices. Les hallucinations sont surtout visuelles ou auditives; à l'inverse de ce que l'on observe chez l'enfant (nous

(1) CHANTEMESSE. — Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte. Les formes anormales en particulier. — Paris 1884.

reviendrons plus loin sur cette question), ces hallucinations sont essentiellement variables : tantôt gaies, tantôt tristes, mais rarement terrifiantes, comme l'a observé Moreau de Tours.

De même Vigouroux (1) a présenté à la Société médico-psychologique une observation de méningite tuberculeuse, avec délire mélancolique.

Landel (2) signale à son tour dans sa thèse un fait remarquable : il s'agit d'une jeune femme qui présenta une méningite tuberculeuse délirante aiguë, à forme érotique, suivie d'excitation maniaque. — Ces faits ne sont point rares chez l'adulte.

Pour l'enfant, il n'en est point de même. Dans les formes classiques, la méningite se caractérise par de la céphalée, de la constipation, des vomissements, des contractures plus ou moins généralisées, de l'hyperesthésie, de l'inégalité pupillaire, des modifications du pouls, d'abord rapide et irrégulier, puis ralenti, une respiration arythmique, suspicieuse, réalisant plus ou moins exactement le type de Cheynes-Stokes, de la somnolence coupée par des accès d'agitation.

D'autres fois le groupement des symptômes, l'effacement des uns, la prédominance des autres, réalisent des formes cliniques variées, qu'on pourrait multiplier à l'infini.

(1) VIGOUROUX. — Un cas de méningite tuberculeuse à forme mélancolique (*Soc. médico-psych.* Juin 1901).

(2) LANDEL. — Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Thèse de Paris, 1896.

Mais dans le jeune âge, on ne rencontre pas le délire à titre de symptôme prédominant. Quand on l'observe, c'est un accident secondaire, d'apparition fugace et d'aspect polymorphe. L'enfant a des rêvaseries, surtout nocturnes ; il présente des intervalles d'absence et de lucidité ; ou bien il marmotte des phrases incohérentes, des mots sans suite ; il est agité, crie, se débat parfois.

On ne trouve pas chez lui un délire constant, affectant un ordre d'idées défini, un délire systématisé en un mot. — Or c'est là le criterium du type délirant que nous étudions, de celui auquel s'applique la définition suivante de Manheimer :

« On dit qu'un délire est systématisé (*Verrücktheit*) quand le malade, saisissant une idée délirante, la développe continuellement, implacablement, par des raisonnements qui, s'ils n'étaient appliqués à des conceptions absurdes, seraient par eux-mêmes tout à fait logiques. Ce qui arrive dans maint délire chez l'adulte, mais presque uniquement chez l'adulte (1). »

Les classiques, en effet, nous signalent rarement ce type délirant dans la méningite tuberculeuse de l'enfant. Si nous les consultons, voici ce que nous trouvons.

Robert Whytt, qui donna la première étude clinique sérieuse de cette affection, ne parle à peu près pas du délire, s'il faut en croire le professeur

(1) Dr Marcel MANHEIMER. — Les troubles mentaux de l'enfance. Paris 1899, p. 60.

Germain Sée(1). Celui-ci s'est en effet inspiré du travail du clinicien anglais dans ses recherches sur la méningite tuberculeuse, et il ne signale que rapidement ce symptôme.

Il en est de même de Rilliet et Barthez. Voici ce que disent ces auteurs dans leur classique *Traité des maladies de l'enfance* : « L'intelligence, de plus en plus obtuse et fatiguée, ne se manifeste plus que par des lueurs passagères. L'enfant reconnaît encore sa mère par intervalles, puis il l'appelle sans la reconnaître ; alors son délire est agité ; il se retourne sans cesse dans son lit, on a peine à le contenir (2). »

Et plus loin : « Les symptômes cérébraux qu'on rencontre le plus fréquemment sont sans contredit le trouble des fonctions intellectuelles. Chez l'un c'est de la tristesse, chez l'autre, un changement du caractère... L'enfant a un peu d'agitation la nuit, quelquefois du délire... »

« Ce symptôme offre de grandes variétés dans son intensité. Il n'est nullement exact d'ériger en règle générale, comme on le fait, que le délire de la méningite est toujours calme. Un tiers de nos malades ont eu un délire intense, accompagné de cris, d'agitation, de changements fréquents de position. Nous devons dire cependant que rarement le délire

(1) G. SÉE. — Diagnostic et physiologie de la méningite tuberculeuse (leçons recueillies par HUTINEL) in *Union médicale* 1879.

(2) RILLIET et BARTHEZ. — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*. 3^e édition, augmentée par BARTHEZ et SANNÉ. 1891, tome III, p. 968-976-998.

se maintient à un haut point d'acuité plusieurs jours de suite ; ce n'est guère que pendant un jour ou deux au plus qu'il prend ce caractère, et presque toujours à une époque avancée de la maladie ; puis le malade retombe dans une somnolence profonde ou dans le coma. Quand le délire est calme les enfants marmotent quelques mots mal articulés, les réponses sont incertaines. Nous avons vu des malades n'avoir de délire à aucune époque de la maladie. »

Cette opinion est également celle d'Archambault : « Une fois établi, le délire est généralement calme, *sans objet déterminé*, consiste souvent dans un marmotement de mots inarticulés, et l'on peut dire, sans crainte d'exagérer beaucoup, qu'il est toujours moins accentué, moins bruyant et moins continu que dans la méningite aiguë (1). »

Dans son remarquable *Traité clinique des maladies de l'enfance*, Cadet de Gassicourt rapporte le cas d'un enfant qui présentait des signes de méningite tuberculeuse, et qui fut pris tout d'un coup d'une extraordinaire agitation avec délire violent de paroles et d'action. Mais le lendemain le délire et l'agitation disparaissaient pour faire place à la somnolence.

Et plus loin, il dit, à propos d'une autre observation : « L'agitation et le délire, nés brusquement et disparus de même, semblent être des accidents superficiels,

(1) ARCHAMBAULT. — Article méninges, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

sans influence sérieuse sur la marche générale de la maladie (1). »

Le même auteur s'exprime ainsi au sujet de la durée et de l'évolution des troubles psychiques : « Le délire, quand il se montre, apparaît avec une certaine brusquerie... Il peut être quelquefois très violent ; mais cet état n'est pas durable ; l'intensité du délire s'éteint bientôt pour faire place à une somnolence profonde ou au coma... »

« La durée du délire n'est pas plus fixe que sa date d'apparition ; elle varie de un à plusieurs jours. Il peut revenir lorsqu'il a disparu ; si bien que le cours de la maladie se trouve coupé par des alternatives de somnolence, de délire et de coma, qui se succèdent et se remplacent l'un l'autre à plusieurs reprises. Enfin dans un certain nombre de cas le délire manque absolument, la somnolence reste seule. »

Les auteurs contemporains font de semblables remarques au sujet du délire.

« Vers la fin de la première période de la maladie, disent d'Espine et Picot, surtout chez les enfants de plus de six ou sept ans, on observe souvent un délire qui est plus marqué pendant la nuit que pendant le jour, mais n'est jamais aussi violent que dans la méningite franche. Il est caractérisé surtout par la carphologie, le marmottement. Les grincements de dents sont également fréquents (2). »

(1) CADET DE GASSICOURT. — *Traité clinique des maladies de l'enfance*, tome III, p. 429-512.

(2) D'ESPINE et PICOT. — *Traité pratique des maladies de l'enfance*, p. 419.

Et Hutinel, dans le *Traité de médecine* : « La torpeur est particulièrement accentuée chez les petits enfants... Chez les enfants plus grands et chez les adultes, le délire n'est pas rare. C'est généralement un délire doux, calme, avec marmottement et mouvements automatiques longtemps répétés ; parfois cependant c'est un délire violent, avec agitation et impulsions motrices. Même, dans ces cas, il est rarement continu ; dans l'intervalle des accès, le malade retombe dans la somnolence, ou bien, il récupère pour un temps toute sa lucidité (1). »

Marfan est encore plus explicite au sujet de la rareté du délire méningitique : « On n'observe pas chez les enfants, déclare-t-il, de véritable délire ; mais il arrive parfois que dans leur somnolence ils marmottent des paroles difficiles à comprendre.

... « Le délire peut se joindre à ces symptômes, et même occuper la première place dans le tableau clinique ; mais, habituel chez l'adulte, le délire est très rare chez l'enfant (2). »

Gilbert-Ballet abonde dans le même sens : « La méningite tuberculeuse, au point de vue des réactions psychopathiques, revêt des formes très diverses... Le malade présente des troubles du sommeil, des cauchemars, des terreurs nocturnes, des hallucinations ; enfin plus rarement, et chez l'adulte seulement, des

(1) HUTINEL. — Article méningite tuberculeuse, dans le *Traité de médecine* de BROUARDEL, GILBERT et GIRODE, tome IX.

(2) MARFAN. — In *Traité des maladies de l'enfance* de GRANCHER, COMBY et MARFAN, t. IV, pp. 375, 382.

idées délirantes variées, du désordre des actes, des fugues, des bizarreries de la conduite... (1)

... La psychoséméiologie de la période d'état se caractérise avant tout par une modification profonde du ton affectif, de l'obnubilation de l'intelligence, accessoirement par des troubles sensoriels, de la confusion mentale et des idées délirantes, qui altèrent la personnalité du malade. »

Dans sa thèse, Bosselut constate le fait et essaie de l'interpréter : « L'enfant a plutôt des convulsions que du délire. Il est à remarquer que plus l'enfant est jeune, plus il est soumis à cet état que Jaccoud a désigné sous le nom de spasmophylie. La prédominance fonctionnelle de la moelle est en raison inverse de l'âge du malade. Voilà pourquoi, chez l'enfant, toute manifestation morbide, tout mouvement fébrile se caractérise plutôt par des convulsions que par du délire. On a dit que les convulsions sont le frisson de l'enfant (2). »

Parmi les auteurs anglais, Edward Ellis dit que « l'enfant a souvent dans la nuit du délire considérable », mais il ne s'étend pas d'avantage (3).

James Goodhart rapporte que « le petit malade a

(1) GILBERT-BALLET. — *Traité de pathologie mentale*, pp. 1111, 1114.

(2) BOSSELUT. — *Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse*. — Thèse de Paris 1888.

(3) EDWARD ELLIS. — *Manuel pratique des maladies de l'enfance*, 1884. Traduit de l'anglais.

quelquefois du délire » ; il n'insiste pas sur ce symptôme (1).

Enfin, si l'on veut quelques chiffres, voici des statistiques empruntées à Pernet (2).

Elles portent sur les cas de méningites observées à l'hôpital Trousseau, pendant les années 1901 et 1902. Il y en a 86, qui se décomposent ainsi :

Méningites aiguës	7
Méningites tuberculeuses	48
Douteux	31

Pernet rencontre le *délire deux fois* seulement ; et encore il s'agit dans ces deux cas d'un délire diffus et mobile.

Si on le compare aux autres signes, on a :

Délire	2 fois sur 86 cas.
Troubles oculaires	40 — —
Raideur de la nuque	33 — —
Kernig	33 — —
Raie méningitique	40 — —
Convulsions	14 — —
Attitude en chien de fusil	15 — —

Telle est l'opinion des auteurs au sujet du délire dans la méningite des enfants. On voit qu'ils ne signalent pas de délire systématisé, constant, rappelant celui qu'on rencontre souvent chez l'adulte, dans les grandes pyrexies ou les intoxications profondes.

(1) JAMES GOODHART. — *Traité pratique des maladies des enfants*, 1895. Traduit de l'anglais.

(2) A. PERNET. — Les méningites ; étude statistique et clinique des cas observés à l'hôpital Trousseau pendant les années 1901-1902. Thèse de Paris 1903.

Parallèlement à ces investigations dans les classiques, nous avons fait des recherches dans les registres des différents services d'enfants, à la Charité. Nous avons ainsi lu toutes les observations de méningite tuberculeuse du service de M. le professeur Weill, depuis son arrivée jusqu'au mois d'octobre dernier, c'est-à-dire de 1894 à 1904. Cette statistique comprend 117 cas.

Dans le service de M. le Dr Audry nous avons dépouillé 46 observations, portant sur ces quatre dernières années. Cela nous fait un total de 163 cas.

De plus, dans le cours de nos recherches bibliographiques, nous avons lu bon nombre d'observations de méningites bacillaires, rapportées, soit dans les traités classiques, soit dans les revues spéciales, françaises et étrangères.

Parmi tous ces matériaux, nous avons noté assez fréquemment l'apparition du délire au cours de l'affection qui nous occupe. — Les auteurs déjà un peu anciens (Rilliet et Barthez, C. de Gassicourt) le signalent plus souvent que les contemporains (Comby, Marfan, Hutinel, etc.).

Mais toujours il s'agissait de troubles mentaux vagues, mal caractérisés, fugaces dans leur apparition, et essentiellement variables dans leur forme. C'étaient des phénomènes qui ne s'imposaient pas au clinicien, qui ne modifiaient en rien l'allure générale de la maladie.

Nous donnerons dans le chapitre suivant deux observations, l'une ancienne, l'autre récente, comme

exemple de ce délire banal. De cette façon on le différenciera mieux du type délirant que nous voulons signaler.

Après un sévère travail de critique, nous n'avons pu retenir que deux cas présentant un type net de délire systématisé. Ils appartiennent tous deux à la collection du service de M. le professeur Weill. Nous allons les transcrire intégralement, en leur opposant ensuite deux descriptions du délire méningitique qu'on rencontre habituellement.

Dans un autre chapitre nous présenterons les considérations cliniques que ces observations nous ont suggérées, au point de vue du diagnostic surtout. Après quoi, dans un court essai de psychopathogénie, nous nous demanderons pourquoi cette forme de délire est si rare chez l'enfant.

CHAPITRE II.

Observations.

OBSERVATION I.

Marie P..., 8 ans 1/2, entrée le 23 mai 1904, décédée le 26 mai.

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ :

Méningite tuberculeuse en deux étapes :

1° Du 12 au 16 mai, vomissements et malaise.

Du 16 au 22 s'est levée, sans présenter de graves symptômes.

2° Du 22 au 26, état d'hallucinations terrifiantes continuelles, avec hyperesthésie généralisée. Trépidation plantaire. L'aspect est plutôt celui de la rage.

Meurt le 26 mai, avec 42°.

Ponction lombaire négative.

Polynucléose du sang.

Forme granulique : granulations méningées nombreuses, surtout au niveau du lobe optique.

Granulie pulmonaire.

Granulie rénale (albuminurie sans cylindre).

Cerveau congestionné. Pas d'hydropisie ventriculaire.

Pas de liquide dans les espaces rachidiens.

Antécédents héréditaires :

Père mort il y a 6 ans, à l'âge de 33 ans ; est resté malade six mois (affection pulmonaire ayant débuté par une laryngite).

La mère se porte bien. N'a pas eu de fausses-couches, ni d'enfants morts. Nerveuse.

Deux autres enfants bien portants.

Antécédents personnels :

L'enfant est née à terme ; a été nourrie au sein par la mère pendant quatorze mois. A marché à dix mois.

A quatre mois elle avait dix dents. A eu les autres à un an.

Coqueluche à deux ans. Rougeole à sept ans.

Pas d'autre maladie.

Depuis un mois elle se plaindrait de la tête, surtout depuis la nuque. Pas grand changement de caractère.

Mais l'enfant était déjà un peu nerveuse, et on avait remarqué que, depuis un an, elle avait des mouvements de la face, qu'elle pleurait facilement et souvent sans raison.

Le 12 mai, elle eut des mouvements choréïques dans les mains. Vomissements.

Pendant trois jours ces vomissements persistent.

Température : 39°.

Constipation.

Le quatrième jour après le début de ces symptômes, sur l'avis du médecin, on la fit lever. Les vomissements cessèrent. Elle joua même un peu.

On ne sait si elle avait coutume d'avoir de la fièvre.

Le 22 mai, à une heure de l'après-midi, elle était levée, venait de dîner, quand elle prit brusquement une crise qui dura de 1 heure à 5 heures du soir. Grimaces. Mouvements des membres. Secousses plus violentes des bras. Pouce fléchi dans la main. Morsure de la langue.

La malade n'urina pas pendant la crise.

Pas de coma après.

23 mai. — Ce matin, pour la première fois (la malade est entrée à l'hôpital), incontinence d'urine : — Elle a repris connaissance et a parlé ce matin.

A l'examen, malade très pâle. Ne se tient pas dans son lit de façon spéciale.

Délire; hallucination. Agitation dès qu'on l'approche. L'examen est, de ce fait, rendu difficile.

La malade se raidit dès qu'on la touche.

Mais il ne paraît pas exister de la raideur de la nuque au repos.

Pas d'inégalité pupillaire.

Pas de paralysie.

Pas de Kernig.

Réflexes rotuliens manifestement exagérés.

Quelques secousses de trépidation plantaire.

Pas de Babinski.

Hypéresthésie généralisée. Dès qu'on la touche elle crie qu'on lui fait mal.

Aux poumons : Examen très difficile; la malade respire très mal et s'agite continuellement. Il n'y a pas de signe de grosses lésions.

Au cœur : Rien.

Le ventre est souple.

La langue est sèche, un peu saburrale.

Température : 38°.

Urine : Gros disque d'albumine. Urines de coloration normale. Après centrifugation on n'obtient qu'un culot très peu abondant. Pas de cylindres, même hyalins. Quelques cellules libres, d'origine rénale, cellules rondes, à protoplasma granuleux et brillant.

Quelques cellules vésicales ou vaginales. Quelques globules rouges peu nombreux.

25 mai. — La température est montée. La nuit a été calme. Ce matin l'agitation est revenue; elle se présente par accès qui durent quelques minutes, séparés par des intervalles de calme.

La malade a brisé avec ses dents une boîte en bois. Elle avale sans douleur.

Elle a toujours des hallucinations de caractère généralement effrayant. Son attention est tout-à-coup attirée sur un objet, et elle regarde avec une expres-

sion d'inquiétude. — Elle cherche quelquefois à sortir de son lit pour prendre quelque chose. — Elle présente de la difficulté de la parole, surtout au moment des crises. Hier elle ne répondait aux questions que par cris inarticulés.

Pas d'hypéresthésie sensorielle.

Au moment des crises, on observe de véritables palpitations cardiaques.

Le pouls est à 12. La respiration à 48.

Elle a des soubresauts des tendons. Tendance à la trépidation plantaire.

L'hypéresthésie cutanée est moins marquée qu'hier.

Ponction lombaire sans aucun résultat.

Les pupilles ne sont pas dilatées.

Pas de strabisme. Pas de raideur de la nuque.

Pas de signe de Kernig.

26 mai. — Analyse du sang (M. Thevenet).

Lymphocytes.	5	} = 100.
Petits mononucléaires. . . .	2	
Gros mononucléaires. . . .	5	
Polynucléaires.	88	

Depuis hier l'enfant est somnolente. De temps à autre, elle présente des crises d'agitation. Tremblement convulsif des mains, surtout à gauche. A certains moments, elle a eu des mouvements convulsifs de la paupière droite et une déviation de la commissure labiale gauche. Elle avale difficilement.

Ce matin elle est à peu près sans connaissance, étendue sur le dos, les jambes allongées, les avant-bras à demi-fléchis, la main gauche animée de tremblements. La nuque est raide ainsi que le tronc. Le

simple fait de la soulever provoque de l'opisthotonos, des secousses dans les bras, et du plafonnement des yeux.

La sensibilité cutanée ne paraît plus exagérée.

Pouls : 14.

La conjonctive droite est insensible.

D'une façon générale la sensibilité est un peu diminuée dans la moitié droite du corps.

Meurt dans la soirée avec 42° de fièvre.

AUTOPSIE le 28 mai 1904.

Les sinus de la dure-mère et les veines corticales sont extrêmement congestionnées, sans caillot toutefois

La surface des méninges est rouge, congestionnée.

Peu de liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens.

On en trouve davantage au niveau des confluent basilaires, particulièrement dans l'espace interpédonculaire.

Pie-mère épaisse, beaucoup plus que normalement. Nombreux exsudats à la base, la plupart glutineux, quelques-uns franchement verdâtres. Ils prédominent autour des oculo-moteurs, et au niveau du chiasma optique.

Très nombreuses granulations, fines, périvasculaires, au niveau de la scissure sylvienne, disséminées sur la face externe. On en trouve également un grand nombre dans la scissure calcarine, et d'une façon générale sur tout le lobe visuel.

Nulle part de tubercules. Exsudats denses sur le vermis supérieur.

A la coupe du cerveau, de chaque côté, rien d'anormal. A noter un peu d'épanchement ventriculaire.

Moelle macroscopiquement saine. Le cul-de-sac inférieur dural ne renferme qu'une quantité minime de liquide nettement louche.

Cœur normal.

Poumons : aspect macroscopique de la grande granulie. Des deux côtés, on note une véritable explosion de granulations grises. On trouve un infarctus à la face interne du lobe inférieur droit. Congestion modérée des deux poumons. Pas de cicatrice ancienne des sommets.

On ne trouve aucun ganglion trachéo-bronchique caséeux; ils sont seulement mous, athracosiques.

Foie : Seulement congestionné.

Rate : Saillie des glomérules de Malpighi, sans granulations.

Reins : Granulations extrêmement confluentes des deux côtés, avec congestion alentour.

Intestin et ganglions mésentériques, rien d'anormal.

OBSERVATION II.

G... Marie, 10 ans 1/2.

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION :

Méningite tuberculeuse. Evolution en un mois.

Prodrômes dix jours.

Injection d'air au 21^e jour; convulsion pendant l'injection. Retour de la connaissance, mais *délire*. Au

26^e jour, hypothermie; coma; résolution musculaire avec accès de raideur.

Ponction de Quincke au 28^e jour, sans résultat.

Mort au 30^e jour. Injection d'air. Pas de granulie.

Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

Infiltration fibrineuse de la base de l'encéphale.

Antécédents héréditaires :

Père bien portant. Mère ordinairement bien portante; très nerveuse: n'a pas de crise; a été soignée pendant six mois pour une laryngite de nature inconnue.

Pas de fausse-couche. Quatre enfants, dont l'un est mort dans le service, en 1891, d'une méningite tuberculeuse; un autre est mort en nourrice de convulsions. Les deux autres sont en bonne santé.

Antécédents personnels :

L'enfant a eu la coqueluche à 4 ans. Elle est restée malade cinq semaines, et a toussé pendant un mois après. Rougeole à cinq ans, sans complications. Depuis, bonne santé générale.

Il y a quinze jours — le 4 avril — l'enfant, habituellement gaie, devint triste; puis survint une diminution notable de l'appétit, et de la céphalée d'abord inconstante, et qui s'établit d'une façon continue vers le 10 avril.

Le 15 du même mois, l'enfant se mit à vomir, surtout après les repas, un nombre variable de fois par jour.

Le 18, elle rendit un lombric, dans un vomissement. Depuis ce jour exagération de tous les symp-

tômes fonctionnels : les vomissements ont apparu à jeun ; la céphalée a augmenté de violence ; la constipation et l'hypéresthésie sont apparues.

Actuellement : L'enfant est couchée en chien de fusil, immobile, dans une somnolence très accusée. Elle se plaint d'une violente céphalalgie ; elle ferme les paupières et craint la lumière. Elle répond néanmoins très bien à toutes les questions.

Elle vomit à jeun et après les repas, six fois par jour environ. La constipation paraît ne pas exister ; l'enfant a eu aujourd'hui trois selles non diarrhéiques. Le ventre est légèrement contracté, douloureux à la palpation.

On constate aux membres inférieurs de l'hypéresthésie. Les muscles de la nuque sont contracturés.

Rien d'anormal du côté des yeux. Pas de strabisme ni de troubles pupillaires.

Rien aux poumons. Pas de dyspnée. Respiration de type normal (r. = 32).

Au cœur, la pointe bat dans le 4^e espace. Impulsion énergique. Premier bruit fort et un peu traînant. Deuxième bruit normal.

Rien au foie ni à la rate.

Réflexes tendineux abolis.

Pouls : 80.

Température : 38°.

Le 20 avril. — On donne 0,05 centigrammes de santoline.

La céphalée a diminué, l'enfant est plus éveillée, répond mieux aux questions. Elle continue à vomir.

Elle a eu une selle ce matin. La contracture de la nuque a disparu.

Les pupilles sont moyennes, égales, sensibles à la lumière.

Pas d'hypéresthésie. Toujours abolition des réflexes.

Gargouillement et légère sensibilité à l'abdomen.

Pas d'adénopathie. Pas trace de cicatrice ganglionnaire, ni de tuberculose osseuse.

21 avril. — La céphalée n'a pas augmenté depuis hier. Toujours des vomissements dans la journée. Hier soir vomissement d'un lombric.

Ventre légèrement rétracté et douloureux. Constipation. Poul : 76. On a du clapotement jusqu'à l'ombilic. On donne 0,50 centigrammes de calomel.

23 avril. — L'enfant est toujours somnolente et prostrée. Elle se plaint toujours de la tête. Le bruit qu'on fait autour d'elle augmente la céphalée.

Rien du côté des yeux. Il y a toujours des vomissements. Hier pas de selle, malgré le calomel.

Hier soir, elle a poussé des cris perçants. On lui fait une injection de morphine. Pouls : 80.

Respiration de type normal.

Dans toute l'après-midi du 23, cris extrêmement perçants, spontanés. La pression sur les membres, le pincement des muscles de la cuisse les réveillent.

On fait une nouvelle injection de morphine.

Le soir l'enfant paraît plus prostrée; elle ne répond qu'avec une grande lenteur aux questions qu'on lui pose. Pas d'inégalité pupillaire, ni de strabisme.

Le 24 avril. — Pouls : 80. Respiration régulière : 28.

L'enfant continue à gémir et à pousser des cris. Ce matin elle a l'air très abattu. Elle ne répond presque plus aux questions.

Le 25. — La température oscille entre 38 et 39. Les pupilles sont égales. Pas de strabisme. Elle a encore sa connaissance, répond aux questions avec facilité et sans hésitation. Elle se plaint de la tête. Pouls : 112. La langue est blanche. Pas de vomissements depuis hier. Toujours constipée.

Hypéresthésie sensorielle très nette. Pas de paralysie.

A 11 heures, ponction de Quincke ; agitation extrême de l'enfant pendant la ponction. Issue de neuf centimètres cubes de liquide. On fait une injection d'air d'environ quarante centimètres cubes. Aussitôt l'enfant prend des convulsions, se met en opisthotonos ; les yeux se convulsent sous les paupières, raideur générale de tout le corps. Au début de l'injection, l'enfant a manifesté des signes de douleur de tête suraiguë, par ses cris et par ses gestes. Une demi seringue de Dieulafoy est injectée.

Les convulsions cessent au bout de une à deux minutes ; l'enfant retombe dans le calme, et se plaint d'une grande fatigue.

On injecte à nouveau vingt centimètres cubes d'air ; deuxième crise convulsive qui, cette fois, laisse l'enfant dans un état comateux. Elle ne réagit plus au pincement, ne répond à aucune question. Elle est totalement sans connaissance.

On a retiré huit centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

L'enfant a poussé des cris de douleur toute l'après-midi. Elle a repris sa connaissance vers une heure.

On lui a fait à 4 heures une injection de morphine.

Pouls : 112.

Température et respiration non modifiées depuis le matin.

Le 26. — L'enfant a *déliné* une partie de la nuit et toute la matinée. En ce moment elle parle d'une façon incohérente, appelle sa mère, parle de personnes qui « l'ont mise hors la loi ». Elle a par moment du délire religieux. Le délire est absolument continu.

Elle ne répond pas directement aux questions posées.

Elle paraît néanmoins avoir un peu de connaissance.

Pouls : 92.

R. : 32.

Le soir, toute la journée *délire intense*, où dominent les *idées religieuses*. Délire très bruyant ; on a été obligé de l'isoler.

Le 27. — Ce matin elle est plus calme, répond aux questions. Elle a reconnu son père.

Elle se plaint de la tête.

Pouls : 100.

R. : 32.

Les pupilles ne sont pas dilatées.

Pas de vomissements depuis le 25. Pas de selles.

Elle n'a pris aucune nourriture. Pas de paralysie.

La contracture de la nuque est moins forte.

Un peu de ptosis du côté gauche.

Un peu de strabisme interne gauche.

Le 28. — Le strabisme n'est pas plus accentué.

Le ptosis, au contraire, est plus marqué. L'enfant a encore un peu sa connaissance. Le délire est moins violent que la veille.

Pouls : 92.

R. : 16.

L'enfant ne délire plus, a encore toute sa connaissance. Elle reste somnolente toute la journée. Ptosis très marqué de l'œil gauche.

Le strabisme ne s'est pas accentué.

R. : 24.

Pas de Cheynes-Stokes.

Pouls : 120, régulier.

Le 30. — Elle voit ce qui se passe autour d'elle, parle beaucoup. Elle a de plus en plus sa connaissance.

Contracture de la nuque presque disparue.

Pouls : 120.

Le 1^{er} mai. — La malade s'affaiblit. Température d'hier soir : 36°2.

Elle a toujours sa connaissance quand on lui parle, sauf des intervalles de délire. Se plaint toujours de la tête. Chute de la paupière gauche. Dilatation pupillaire, surtout à gauche.

Pouls : 120, régulier.

Pas de contracture de la nuque.

Pas de rétraction abdominale.

Pas de vomissements. Va à la selle.

2 mai. — La malade est dans le coma depuis hier soir; elle ne répond plus. Elle a, de temps en temps, des raideurs passagères, avec tressaillement des membres et de la tête. Pas de convulsions.

Pouls : 120, régulier.

Respiration : périodes très ralenties.

Pas de contracture de la nuque. Pupilles très dilatées.

Ponction de Quincke : on retire 90 centimètres cubes d'un liquide un peu louche (voir à la fin de l'observation l'analyse du liquide).

Pas de changement sous l'influence de la ponction.

La température monte.

4 mai. — Toujours pas de connaissance. L'enfant avale difficilement.

La cornée est dépolie. Pupilles dilatées. Résolution musculaire complète; de temps à autre des raideurs.

Ventre excavé.

Pouls : 140, petit.

Respiration : 44, régulière, superficielle.

Mort, à deux heures de l'après-midi, après deux heures d'agonie. Urines sanglantes au dernier moment.

Analyse du liquide céphalo-rachidien.

Liquide presque incolore, filant très bien, à réaction modérément alcaline.

Un peu de sang en suspension.

Extrait sec à 100° = 9,10 pour 1000 ctmc.

Eau = 990,90.

Albumine en faible quantité : 0,063 pour 1000 ctmc.

Cette albumine est constituée par un mélange de sérum albumine et de globuline.

Cendres (sels minéraux) : 7,25 pour 1000 ctmc.

Dont : 7,12 cendres solubles.

Et 0,13 cendres insoluble.

Un dosage spéciale a donné, pour :

la richesse du liquide en NaCl, 5,643 pour 1000 centimètres cubes.

Le liquide, après précipitation des albumines, réduit notablement la liqueur de Fehling.

AUTOPSIE, le 6 mai.

Au cerveau: On trouve, au niveau du chiasma, empiétant en avant et en arrière, une zone gélatineuse qui englobe dans sa substance les nerfs moteurs oculaires communs et les nerfs optiques. De ce centre partent des traînées d'infiltration qui se répandent dans les scissures, en particulier dans la scissure de Sylvius. Elles se terminent par des bouquets de granulations.

Les méninges sont congestionnées. A la sortie des hémisphères, il s'écoule 100 centimètres cubes de liquide.

Les ventricules latéraux sont un peu distendus. Le corps calleux et la voûte sont ramollis, de même que la couche optique et les corps striés. Dans les ventricules latéraux, quelques bulles d'air. Le quatrième ventricule est élargi également.

A la coupe, l'exsudat de la base est très épais ; il est composé de fibrine à peu près pure.

Pas de pus. On trouve dans la partie supérieure de la protubérance un piqueté hémorragique dû à l'oblitération d'une artère pénétrante.

La substance cérébrale, en général, est plutôt pâle.

Pas de foyer de localisation.

Aux poumons : Pas de tubercules apparents à l'extérieur. Quelques ganglions trachéo-bronchiques caséeux.

Poumon droit, P. : 270 grammes.

Poumon gauche, P. : 230 grammes.

Pas de granulations. Un peu de congestion des bases.

Cœur. P. : 115 grammes. Petit.

Épaisseur de la paroi ventriculaire gauche : 8 millimètres.

Épaisseur de la paroi ventriculaire droite : 3 millimètres 5.

Foie. P. : 700 grammes. Pas de granulations.

Rein droit. P. : 80 grammes.

— gauche. P. : 75 grammes.

Rate. P. : 60 grammes.

Pas de granulations dans ces organes.

Pas de ganglions mésentériques.

Urines :

Le 20 avril. — Troubles rougeâtres. Urates. Pas d'albumine.

Le 21 avril. — Pas d'albumine.

Le 27 avril. — Pas d'albumine.

Le 1^{er} mai. — Pas d'albumine.

OBSERVATION III, *résumée.*

D. . . Anna, 11 ans.

Entrée à la Charité le 19 novembre 1894.

Père et mère bien portants. Fille unique. A toujours été assez robuste. Cependant on note des dermatoses suppuratives de la face et du cuir chevelu, des adénopathies cervicales non suppurées dans l'enfance.

A huit ans rougeole, puis coqueluches bénignes. Depuis bonne santé.

Début de l'affection actuelle il y a 15 jours par de la céphalée intense survenant le soir, accompagnée de rachialgie et de courbature. Pas d'épistaxis. Un ou deux vomissements. Pas de diarrhée.

Délire léger le 17 novembre.

Etat actuel (21 novembre). — Le mal de tête, qui dure depuis le début de la maladie, est accompagné de plaintes, même de cris. Jusqu'à l'entrée il a été très intense. Son intensité a diminué depuis hier (l'enfant a pris 4 grammes d'antipyrine). Raideur douloureuse des muscles de la nuque et des sterno-cléïdo-mastoïdiens. Si l'on essaye d'incliner la tête, on éprouve de la résistance des muscles contracturés et on fait souffrir l'enfant. Aphtes aux lèvres. La langue est couverte d'un enduit gris sale. Rien au fond de la gorge.

Le ventre est un peu plat, douloureux à la pression, sans prédominance dans la fosse iliaque droite. Pas

de taches rosées. Constipation. Inappétence. Vomissements jusqu'à l'entrée.

Respiration ce soir : 22 ; régulière. Mais la sœur hier au soir aurait observé du Cheynes-Stokes.

Pouls : 100. Rien au cœur ni aux poumons.

Hyperesthésie cutanée. Pas de troubles de la motilité. La malade va seule à la chaise.

Pas de paralysies oculaires. Les pupilles restent dilatées, réagissant peu à la lumière. Acuité visuelle conservée.

Etat général très touché. Affaiblissement. Les réponses sont traînées, faites de mauvaise humeur.

Urine : ni sucre ni albumine.

21, au soir. — Vomissements alimentaires avec efforts. Puis un peu de délire ; mal de tête très violent avec cris. Contractions partielles dans la face et le cou, trismus, grincement des dents. Vive agitation toute la nuit, malgré une injection de 1 centigramme de morphine. Deux selles dans la soirée grâce à des lavements huileux.

La glace a été suspendue hier, et le mal de tête est revenu plus fort, accompagné de gémissements. Pas d'hyperesthésie sensorielle. Pupilles dilatées mais égales. Hyperesthésie des muscles abdominaux. Pas de troubles de la motilité. Toujours raideur de la nuque.

Pouls : 122. Respiration : 33, très irrégulière.

22 novembre. — Au moment de la visite ; les cris plaintifs sont devenus continus, en rapport avec un mal de tête atroce. Puis, à midi, les cris se sont calmés ; l'enfant a dormi toute la nuit.

23 novembre. — Dans l'après-midi, la sédation de la veille cesse. Mal de tête intense, avec cris ; on est obligé de faire une injection de morphine.

La respiration est irrégulière, sans qu'il y ait du vrai Cheynes-Stokes. Pouls : 130, régulier. La malade répète, inconsciemment et constamment, deux ou trois petites phrases (oui, maman ; ma sœur chérie) avec un ton plaintif et suppliant. Pupilles très inégales, la droite bien plus dilatée que la gauche. Deux selles spontanées, diarrhéiques.

24 novembre. — Nuit extrêmement agitée, *délire* constant, surtout depuis 11 heures. Deux vomissements avec efforts dans la nuit.

Ce matin l'enfant est dans son lit en chien de fusil ; elle pousse sans cesse des plaintes et des cris. Elle a mis très longtemps à reconnaître sa mère. Grincements de dents. Hyperesthésie très accusée.

25 novembre. — Même état.

Pouls régulier, ample : 120.

Respiration : 24, superficielle ; il y a cinq ou six pauses par minute.

26 et 27 novembre. — Continuation des cris, de l'agitation permanente. Dilatation extrême des pupilles, plus prononcée à gauche.

29 novembre. — Ce matin la parole est mal émise, et la déglutition se fait difficilement, comme par paralysie du voile du palais. Déviation de la tête du côté droit.

Meurt à six heures du soir, après avoir présenté le même état que le matin. N'a pas été somnolente.

A 5 heures et demi , elle a encore serré la main à la sœur qui le lui demandait.

AUTOPSIE — 1^{er} Décembre 1894.

Cerveau. — Congestion générale de la pie-mère. Pas d'adhérences. Entre le chiasma et le bord antérieur de la potubérance, on trouve une infiltration blanche, tirant sur le vert, opaque, englobant nerfs et vaisseaux. De cette plaque partent des infiltrations allongées dans la scissure de Sylvius. Sur la face externe des hémisphères, quelques îlots de granulations. A la coupe, piqueté hémorragique dans la couronne rayonnante. Deux à trois cuillers d'une sérosité louche dans les ventricules.

Poumons. — Quelques granulations grises dans l'épaisseur du parenchyme.

Rien au *foie*, ni à la *rate*, ni aux *reins*.

OBSERVATION IV de RILLIET (1).

Le nommé B... garçon âgé de 6 ans, est né de parents qui n'ont jamais eu d'affection cérébrale... Etat actuel : Agitation, cauchemars la nuit.

« L'accès de céphalalgie, qui avait commencé à une heure, dure jusqu'à minuit ; alors l'enfant s'endort, mais il a du *délire* ; il parle sans cesse de son école ; le délire dure deux heures. Puis il est remplacé par la somnolence, qui dure encore à notre visite du lendemain...

(1) RILLIET, in *Gazette médicale de Paris*, 14 novembre 1846.

« ... Le 31 janvier le mal de tête a disparu. Dans la nuit, il a toujours du *délire*. Calme le vingt-huitième jour de la maladie, très agité et *délirant* les jours suivants : il se frappait la tête, poussait des cris aigus et violents. Le matin, le délire est remplacé par de la somnolence qui persiste pendant une partie de la journée, alternant avec de l'agitation. A aucune époque nous n'observons de coma, car la veille de la mort on pouvait le tirer de la somnolence, etc.

AUTOPSIE. — Les circonvolutions sont effacées et tassées ; les anfractuosités ont disparu. On a grand-peine à détacher l'arachnoïde des circonvolutions cérébrales. »

CHAPITRE TROISIÈME

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Les observations qu'on vient de lire prêtent à des considérations cliniques intéressantes. Nous allons les développer en insistant surtout sur la question du diagnostic.

Qu'on ne s'attende pas à trouver dans ce chapitre une énumération complète des différentes affections avec lesquelles on peut confondre la forme délirante de la méningite bacillaire. Nous préciserons seulement les types morbides qui présentent des analogies avec nos observations.

Si l'on veut bien se reporter à la première, on comprendra aisément que le diagnostic soit resté hésitant. On se trouvait en présence d'une enfant qui avait eu, peu de jours auparavant, quelques vomissements, de

la constipation, une crise convulsive, et qui présentait alors un délire intense, avec hallucinations, et une agitation extrême.

L'idée d'une méningite bacillaire se présenta à l'esprit des observateurs ; mais elle s'imposait difficilement, car on ne constatait ni raideur de la nuque, ni symptômes oculaires (strabisme, inégalité pupillaire, ophtalmoplégie), ni Kernig, ni Babinski.

Pourtant, étant donnée la variabilité du tableau clinique de cette affection, on s'arrêtait plus volontiers à cette hypothèse, tout en faisant des réserves.

Mais voici que le lendemain l'agitation et le délire augmentent d'intensité ; les hallucinations prennent un caractère effrayant ; en même temps elles se précisent, elles affectent nettement la vision : l'enfant fixe subitement un objet, particulièrement un objet brillant, et le regarde avec une expression de terreur ; elle dit qu'elle voit du sang sur son lit, et plusieurs fois elle passe la main sur ses draps, comme pour essuyer une tâche ; elle parle à sa mère d'un cheval qu'elle voit sous la table placée au centre de la salle, elle a l'air d'en avoir peur.

Bientôt apparaît un nouveau phénomène assez singulier : la malade semble avoir des envies de mordre ; une boîte en bois se trouve à sa portée : elle la saisit et la brise avec les dents.

Ces signes ne cadraient guère avec l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse ; ils rappelaient plutôt des phénomènes rabiques, d'autant plus que l'enfant présentait une extraordinaire hyperesthésie : dès qu'on l'ap-

prochait elle s'agitait ; dès qu'on la touchait, elle se raidissait.

Les personnes qui observaient la malade pensèrent d'autant plus volontiers à la rage qu'elles avaient pu constater, quelques jours auparavant, des phénomènes à peu près semblables, chez un enfant qui avait été mordu par un chien enragé ; il était dans un service voisin, celui du Dr Aubry. M. le Dr Thévenet, en particulier, fut frappé de l'analogie des symptômes. Nous donnons ici l'observation de ce malade, en la résumant. En la comparant à celle de notre petite malade, on verra combien le même diagnostic s'imposait.

A ce propos nous remercions M. le Dr Audry de l'obligeance avec laquelle il nous a autorisé à la reproduire :

OBSERVATION V *résumé.*

Henri B., 8 ans. Entré le 5 mai 1904 à la Charité, service du Dr Audry.

RAGE A FORME DÉLIRANTE ET HALLUCINATOIRE, SANS HYDROPHOBIE.

... Le premier avril, le malade a été mordu par un chien enragé à l'index et au médius de la main droite... La plaie fut immédiatement lavée par les parents, et l'enfant conduit à l'Institut antirabique, où il fut traité pendant 21 jours. Rien d'anormal pendant le traitement.

Le 28 avril, l'enfant se plaignit de douleurs dans la main qui avait été mordue, douleurs qui s'irradiaient

dans le bras. Dans la nuit il eut du délire. Il avait de grandes frayeurs, des hallucinations, parlait surtout de sa blessure, du chien qui l'avait mordu.

Le 29 et le 30 avril il eut des vomissements, et depuis, il est constipé. Il n'a jamais eu de céphalée.

Il vient à l'hôpital le 5 mai. A son entrée, le malade délire. C'est un délire de paroles. Il est d'une loquacité extrême. Sa parole est rapide, brève, quelque peu tremblée. Il déclare qu'il est enragé, qu'il va mordre. Il voit des hommes, des animaux, des objets imaginaires. Il est dans une agitation extrême et incessante, au moindre mouvement fait par les malades. Il manifeste une frayeur exagérée pour tout ce qui l'environne. Son visage exprime l'angoisse ; il sursaute au moindre bruit, pousse des cris, croit qu'on veut lui faire du mal.

Le malade a de courts moments de tranquillité, pendant lesquels on peut observer du grincement des dents, comme pour mordre, des mouvements incessants des lèvres et des mâchoires, des mouvements des doigts comme pour saisir quelque chose. Puis de nouveau le malade délire, s'agite, rejette ses couvertures, est en proie à ses frayeurs et à ses hallucinations.

... Les 5 et 6 mai : même état. Quelques vomissements. Le ventre est un peu dur. Pas de tâches rosées, pas de grosse rate.

Pouls accéléré, régulier : 168 pulsations.

Respiration très variable R : 44 - 28.

Hyperesthésie cutanée au moindre frôlement, déterminant des contractures réflexes. Pas d'anesthésie.

Réflexes tendineux abolis aux membres inférieurs, conservés aux membres supérieurs. Pas de Babinski.

Inégalité pupillaire. Strabisme interne de l'œil droit. Pas de photophobie. Les pupilles réagissent à la lumière.

Troubles vaso-moteurs. Raie méningitique. Pas de raideur de la nuque. Pas de Kernig. Erection. Le malade n'urine pas. La vessie paraît vide à la percussion.

7 mai. — Agitation. Mouvements incessants. Idées délirantes vagues, avec parfois idée fixe de chien enragé. Loquacité. Parole rapide et tremblotante. Parfois, tristesse et envie de pleurer.

L'examen du sang a donné une polynucléose nette.

Ponction lombaire. On recueille 4 à 5 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien, qui s'écoule sans tension. Il est clair et limpide.

Le soir, état subcomateux. L'enfant réagit peu. — Le malade vomit quand on lui donne à boire. L'anurie et la constipation persistent. Entre 7 heures et minuit, accès de frayeur extrême, avec agitation intense, comme s'il voulait repousser quelqu'un ou quelque chose. — Mort à minuit 1/2. Température après la mort : 42° 3.

AUTOPSIE (résumé).

Système nerveux. — On ne constate ni méningite tuberculeuse, ni méningite cérébro-spinale, ni méningite purulente, ni granulie...

Si nous rapprochons cette observation de l'observation I, nous pouvons faire des remarques intéressantes.

Nous retrouvons dans les deux cas, plusieurs symptômes semblables : vomissements, constipation, délire violent, hyperesthésie extrême, hallucinations de la vue, envie de mordre ; chez les deux malades aussi, absence d'hydrophobie. Dans l'esprit des personnes qui avaient vu les deux sujets, un rapprochement s'imposait entre les deux tableaux cliniques.

Ce ne fut que les derniers jours que la symptomatologie se modifia et fit revenir au premier diagnostic. La veille de la mort, en effet, dans la soirée, l'agitation se calma ; le délire disparut et l'enfant devint peu à peu somnolente, présenta des convulsions, de la raideur de la nuque, de l'opisthotonos ; on nota du plafonnement des yeux, de l'exagération des réflexes, du Babinski.

Bref la méningite, à peine esquissée au début, puis cachée un instant par une ébauche de séméiologie rabique, reprenait finalement ses droits et, s'affirmait par ses symptômes les plus communs.

D'ailleurs l'autopsie venait la confirmer. On trouvait de la congestion et de l'épaississement de la pie-mère, des exsudats à la base, et de très nombreuses granulations périvasculaires, toutes constatations banales.

Pourtant on remarquait des lésions plus rares : un grand nombre de granulations dans la scissure calcaire, et d'une façon générale sur tout le lobe visuel. Ce sont là constatations peu habituelles dans la méningite tuberculeuse.

Pouvons-nous nous autoriser de ces faits pour essayer d'expliquer les hallucinations de la vue, l'an-

goisse et la fixité du regard que présentait notre malade ? Y a-t-il entre ces lésions et les phénomènes visuels un rapport de cause à effet ? Nous ne saurions le dire. Nous nous rangeons à cet égard à l'avis du professeur Germain Sée : « Dans l'état actuel de nos connaissances, dit-il à propos des idées délirantes dans la méningite tuberculeuse, je n'ai pas le droit d'établir entre ces phénomènes et la lésion de tel ou tel département de l'encéphale un lien nécessaire (1). »

C'est aussi l'opinion de Rilliet et Barthez, dans leur *Traité des maladies de l'enfant* : « Bien que l'on ait affirmé la coïncidence du délire avec la présence de lésions sur la convexité des hémisphères, il nous est impossible de tirer aucune corrélation entre le siège de l'inflammation et la forme du délire, puisque la susdite inflammation occupe presque toujours la base, que le délire soit intense ou léger (2). »

D'ailleurs cette préoccupation ne rentre pas dans le cadre de notre travail.

On voit par l'observation que nous venons de transcrire que, dans sa forme délirante systématisée, la méningite bacillaire pourra prêter à confusion avec la rage. Si les anamnétiques manquent, si l'on ne trouve pas de trace de morsure, si l'on n'a pas quelques-uns des signes habituels à la méningite, surtout

(1) G. SÉE. — Diagnostic et physiologie de la méningite tuberculeuse (Leçons recueillies par Hutinel, in *Union médicale* 1879, 3^e série).

(2) RILLIET et BARTHEZ. — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 3^e édition, augmentée par BARTHEZ et SANNÉE. T. III, p. 999 1891.

si le délire revêt la forme hallucinatoire visuelle, le diagnostic sera difficile ; d'autant plus qu'il ne faudra pas compter sur l'hydrophobie : notre observation de rage montre que ce signe peut faire défaut.

Dans ce cas, on ne manquera pas de faire l'examen du liquide céphalo-rachidien ; il pourra donner d'utiles indications, bien qu'il ne suffise pas à trancher la question.

Nous rapprochons des deux observations précitées le cas de Gerlach qu'on va lire. Il y est question de troubles psychiques systématisés, avec hallucinations, chez une enfant également. L'auteur pensa, à un moment donné, à de la méningite tuberculeuse. Bien que cette hypothèse ait été vite écartée, puisque le sujet guérit, nous avons cru intéressant de traduire cette observation à cause de la similitude avec certains symptômes observés chez notre malade (obs. I).

OBSERVATION (rapportée par GERLACH) (1).

Wilhelmine, 10 ans. Entrée à l'hôpital le 27 mai 1889.

« La mère a eu, à l'âge de 9 ans, une psychose aiguë, qui se traduisait par des convulsions, de la luxation du pouce, de l'excitabilité mentale, des actes de violence envers les siens. Au bout de six mois, ces phénomènes disparaissent. A 22 ans, elle se marie. Aujourd'hui

(1) GERLACH. — Ein Fall von Geisteskrankheit im Kindesalter (in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin.* — 1892, tome 48, § 586 et suivantes).

encore elle a des convulsions. Quand elle a une cause d'irritation, elle tombe, avec de l'écume aux lèvres.

Père bien portant.

L'enfant est l'ainée ; elle a eu quatre *sœurs*, dont deux mortes en bas âge de convulsions ; une, vivante, a des convulsions épileptiques ; l'autre est faible de constitution. Un frère bien portant...

La *malade* a eu la scarlatine près d'un an avant l'entrée à l'hôpital (en octobre 1888). En janvier 1889, on a constaté une néphrite.

Le 10 mars 1889, elle est brusquement prise de convulsions ; pendant 12 heures, convulsions cloniques de tous les membres et perte de connaissance pendant 48 heures. A son réveil, ne parla plus. Pas de paralysies, mais *troubles psychiques* profonds. Elle était excitée contre son entourage, battait et griffait ceux qui l'approchaient, surtout sa sœur cadette. Elle voulait déchirer ce qu'elle pouvait atteindre...

Reste dans cet état, du 15 au 27 mai.

Pas de changement pendant les deux premières semaines de son séjour à l'hôpital. Sans interruption, elle murmure les mots suivants : « use kikang, use bählpach, use hoffedipuff, zuweilen noch use domina ». Ces paroles sont dites d'une voix lente, monotone ; d'autrefois, avec une grande vivacité, quand elle a ses hallucinations. D'après la forme de ces hallucinations et la manière d'être de la malade, on peut conclure que ce sont des troubles de la vue et de l'ouïe.

Son regard s'anime parfois et se dirige soit vers son ciel de lit, soit vers celui des lits voisins.

D'autrefois, la malade disait les mots rapportés plus haut dans cette même direction, comme si on lui parlait de là-bas (Gehörseindrücke). Elle accompagnait ces paroles de mouvements menaçants et faisait le poing...

Exceptionnellement elle avait un air pleurard. La conscience paraissait profondément troublée...

Examen somatique. Formes grêles. Les pupilles sont larges et réagissent très bien à la lumière ; toutes deux, surtout la droite, sont dirigées en dehors...

Rien au poumon, ni au cœur, ni aux organes abdominaux.

Urine sans albumine.

Réflexes patellaires normaux. Réflexe plantaire également. Pas de réflexes rotuliens.

Motilité. — Aucune résistance aux mouvements passifs. Pas de parésie des bras. Réaction électrique de dégénérescence négative. Force musculaire diminuée dans les membres inférieurs. Pendant cet examen, la malade est agitée ; elle répète toujours les mêmes mots vides de sens.

Sensibilité. — Sensibilité à la piqure à la plante des pieds ; anesthésie sur tout le reste du corps ; analgésie surtout marquée à la pulpe des doigts et à la plante des pieds...

Vue. — L'acuité visuelle n'est pas diminuée. Un jour qu'on avait levé le store, un rayon de soleil a passé tout-à-coup près de son lit : la malade s'est tournée vers cette clarté, et lui parla avec vivacité, répétant les paroles stéréotypées citées plus haut. On

peut introduire un crayon sous la paupière, sans la faire clignoter.

Ouïe. — Elle répond par un battement des paupières à un sifflement aigu ; même résultat si on fait claquer les doigts près de l'oreille (mit den fingern schnippen).

Goût. — Il lui est indifférent qu'on introduise dans sa bouche un morceau de pain enduit d'encre de chine...

La semaine suivante, les hallucinations sont revenues...

... Du 17 au 21 juillet, angine. 0°:40. Toujours pas d'albumine.

... Fond d'œil normal.

... Le 20 août, la malade parle peu... Elle redit les mêmes mots bizarres quand on la prend par le bras.

25 septembre. — Rotation de la tête et du tronc, de droite à gauche... Si on essaye de la faire tenir debout, elle tombe en arrière... Les pupilles réagissent à la lumière, mais sont toujours dirigées fortement en dehors... Ne parle encore point. Hallucinée encore assez vivement.

Dans la première moitié d'octobre, la température rectale du soir atteint 38°1, plusieurs fois elle est montée plus haut. Puis elle est revenue à la normale à la fin du mois.

... A ce moment, la convalescence commence... La parole n'est plus troublée.

... Les hallucinations ont disparu pour toujours en janvier... Les pupilles ont toujours une direction excentrique.

Pendant sa convalescence, l'enfant donne les renseignements suivants. Elle avait peur, elle voulait fuir, parce que quelqu'un voulait la battre jusqu'à la mort. D'où ses hallucinations. A la maison, elle croyait qu'on la grondait... Elle avait vu des hommes noirs au plafond. Ses parents réunis autour de son lit la menaçaient ; elle répondait à ces menaces, par les mots incohérents rapportés plus haut.

Quitta l'hôpital, guérie, le 5 avril 1890. »

Gerlach fait suivre son observation des réflexions suivantes, que nous résumons : « D'après les données de l'observation, confirmées par les dires de la malade pendant sa convalescence, il s'agit d'idées de persécution hallucinatoires, chez un sujet qui présentait un passé psychique chargé. La malade se croyait menacée ; elle s'entendait adresser des gronderies (Schimpfvorte) par des personnes qui étaient réellement présentes ou qui n'existaient que dans son esprit.

La connaissance était profondément troublée. Je regarde l'aphasie qu'elle a présentée, comme un symptôme purement psychique... Quand la parole est revenue, elle s'exprimait sans le moindre trouble amnésique (onhe die geringste amnetische Störung) ; elle nous a expliqué qu'elle était sidérée par une peur très vive.

... A la fin du onzième mois de sa maladie, il y avait une légère excitation maniaque...

D'après ce qui précède, il nous faut conclure que nous avons à faire à une maladie psychique.

... Maintenant il nous reste à nous demander si les

troubles moteurs ne se rattachent pas à une affection du système nerveux central, tandis que les *troubles psychiques* (qui ressemblent à ceux d'une *méningite tuberculeuse*), pourraient être considérés comme des phénomènes accessoires.

Pour élucider cette question, il faut déterminer le processus morbide fondamental. Il est impossible de rattacher les symptômes à une maladie de l'enfance.

Contre l'idée d'une *encéphalite*, il y a cette circonstance qu'on ne vit aucune paralysie au début de la maladie.

Contre l'hypothèse d'une tumeur du cervelet, ce fait qu'on n'a rien trouvé à l'examen du fond de l'œil, et que la vision était conservée (Sehvermögen).

Contre une méningite simple ou tuberculeuse, viennent plaider la température et l'issue de la maladie (guérison)...

En octobre 1888, la malade eut une scarlatine légère, mais qui ne semble pas guérie complètement après la disparition de l'exanthème... La faiblesse générale et la perte de l'appétit font supposer que la néphrite, apparue en janvier 1889, doit être reportée à une date antérieure; elle n'était probablement guérie qu'en apparence, quand apparurent les convulsions sans perte de connaissance, le 10 mars 1889... Dans ces conditions, le complexe morbide nous apparaît comme une affection toxhémique des centres nerveux (Bouchard, Korsakov)...

Le passé héréditaire chargé de la malade favorisait cette grave affection du cerveau. »

Nous n'ajouterons rien aux commentaires de

Gerlach. Remarquons seulement la similitude de certains symptômes (convulsions, hallucinations terrifiantes de la vue, troubles psychiques profonds, vive excitation qui porte les deux malades à déchirer ou à briser ce qu'elles peuvent atteindre).

Dans certains cas — peu fréquents, nous le reconnaissons — où l'on n'aura aucun signe net permettant de rattacher ces troubles à une affection déterminée, on pourra penser à l'une de ces trois entités morbides : méningite tuberculeuse, rage, phénomènes urémiques.

Notons encore que dans ce cas de Gerlach, on note un passé héréditaire très chargé au point de vue nerveux. Il y a là une constatation intéressante, que nous n'avons pu faire pour la malade de notre première observation (Marie P.).

En effet, son grand-père maternel est mort à 82 ans de pneumonie ; sa grand'mère maternelle, d'une affection cardiaque, à 52 ans ; ni l'un ni l'autre n'eurent la moindre affection nerveuse. La mère est impressionnable, mais n'a jamais eu ni crise ni convulsion. Le père est mort de bacillose pulmonaire ; sur ses ascendants, nous n'avons pu avoir aucun renseignement. Enfin notre petite malade avait une sœur et un frère en bonne santé. On ne trouve donc rien pour expliquer les troubles nerveux inusités qu'elle a présentés.

Notre seconde observation ne présentait pas les mêmes difficultés de diagnostic que la première. Les signes étaient nets : céphalée, vomissements, constipation, raideur de la nuque, attitude en chien de fusil,

ventre rétracté, crises convulsives ; il s'agissait évidemment de méningite.

Mais nous notons encore un délire intense, systématisé, moins nettement toutefois que dans l'observation précédente. Les troubles psychiques durent trois ou quatre jours, et reparaissent à la fin, après deux jours de calme relatif. Ils affectent le *type religieux*.

A ce propos, nous citerons pour mémoire la remarque de Moreau (de Tours). Chez l'adulte, dit-il en substance, le délire est tantôt gai, tantôt sombre, indifféremment. *Chez l'enfant, au contraire, c'est un fait que la plupart du temps, il s'agit d'hallucinations de nature triste, terrifiante.* Cette règle comporte peu d'exceptions. *Ou bien alors on observe du délire religieux, mystique,* préparé habituellement par une éducation religieuse, et favorisé par des impressions extérieures (1). Par une coïncidence curieuse, nos deux observations typiques et celle de Gerlach confirment cette assertion.

Dans les observations qui suivent, il ne s'agit plus du même type de délire.

Dans le troisième exemple (obs. III, Anna D.), l'enfant a d'abord un peu de délire ; les jours suivants, ce phénomène passe au second plan, derrière les signes nets de la méningite. Il réapparaît bien quelques jours plus tard ; il est même continu pendant toute une nuit, particulièrement agitée ; il paraît s'accompagner d'un commencement d'hallucinations ; l'enfant semble croire à la présence de sa mère auprès d'elle (« oui

(1) MOREAU DE TOURS. — *De la folie chez les enfants*, p. 276.

maman » répète-t-elle fréquemment). Mais cette ébauche de systématisation s'arrête là. La petite malade parle aussi à la religieuse qui la soigne; elle confond les deux personnes. D'ailleurs son agitation se calme bientôt, son délire dure peu.

Nous ferons les mêmes remarques pour le cas suivant, rapporté par Rilliet (obs. IV); son petit malade présente des accès de délire, pendant lesquels il parle sans cesse de son école. Mais là, non plus, il ne s'agit pas d'une psychose systématisée; ou du moins l'observation, telle qu'elle est présentée, ne permet pas de le dire.

Nous avons donné ces deux dernières observations comme exemples des troubles psychiques qu'on trouve habituellement dans la méningite tuberculeuse des enfants. Dans nos recherches, nous avons rencontré assez souvent ce type, ou des variantes. C'est ce délire diffus dont parlent les auteurs quand ils signalent les troubles mentaux de l'affection qui nous occupe. Nous sommes loin, on le voit, des hallucinations si nettes, du délire si caractérisé de notre première observation.

Pourquoi l'enfant n'a-t-il pas de délire systématisé ?

Des observations cliniques que nous avons exposées dans les pages précédentes, il nous faut tirer quelques déductions qui se présentent naturellement à l'esprit. Elevons-nous au-dessus des faits particuliers que nous venons de rapporter, et demandons-nous pourquoi, d'une façon générale, l'enfant ne présente pas de délire systématisé.

Et d'abord constatons la rareté de ce phénomène dans d'autres affections que la méningite tuberculeuse. Parmi les grandes infections fébriles qui s'accompagnent le plus ordinairement de troubles psychiques, nous devons citer la fièvre typhoïde.

Dans cette pyrémie les enfants présentent assez souvent des phénomènes d'excitation mentale, alternant avec la stupeur dothiéntérique. Mais il s'agit, la plupart du temps, d'un délire diffus et mobile, de simples rêvasseries nocturnes, d'un marmottement inconscient. La plupart des pédiâtres s'accordent à reconnaître la rareté des psychoses systématisées. Parmi les nombreuses observations que nous avons lues à ce sujet nous avons pu en retenir quelques-unes seulement qui répondent à la définition de délire systématisé.

Thore cite le cas d'une petite fille de 7 ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde légère, présenta pendant une nuit d'insomnie des illusions et des hallucinations. Elle voyait des figures étranges, prêtait aux objets environnants des formes bizarres, et entendait des bruits indéfinissables.

Max Simon (1) rapporte qu'un garçon de 9 ans fut pris, au début d'une convalescence de dothiéntérie, de délire maniaque; il vociférait, criait, jurait constamment.

On peut encore citer les cas de Trélat (1856), de

(1) MAX-SIMON, in *Journal des connaissances médico-chirurg.* 1844.

nouveau Max Simon (1862), de Moreau de Tours (1888).

Dieuzaide qui signale aussi ces observations dans sa thèse sur les « troubles intellectuels transitoires dans la fièvre typhoïde », ajoute : « Pendant la période d'état, on note un délire nocturne surtout ; c'est un marmottement continu de paroles incompréhensibles, ou une agitation incessante avec cris. Le malade se débat quelquefois comme s'il avait une manie aiguë ; il cherche à sortir de son lit » (1).

Il rapporte ensuite un cas de Bouchut, où il y eut des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Plus loin il dit : « On a signalé encore pendant la période d'état, certaines idées délirantes plus ou moins systématisées. Il faut toutefois remarquer que les délires un peu systématisés ne s'observent guère que dans la seconde enfance, à l'adolescence ; ils forment une transition avec les conceptions délirantes observées chez l'adulte ».

D'ailleurs, ces cas de délire ont été notés surtout pendant la convalescence : exactement 18 fois sur 22 cas de troubles mentaux.

Comme statistique, sur 67 cas de phénomènes délirants dans la fièvre typhoïde, le même auteur a vu seulement 9 cas d'idées un peu systématisées.

Nous n'avons pas pu nous astreindre à faire des recherches analogues pour toutes les infections et intoxications. Mais en nous en tenant à la simple

(1) DIEUZAIDE. — Des troubles transitoires dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. — Th. Paris 1903, p. 22.

lecture des classiques, nous nous sommes rendu compte que le délire, au sens où nous l'entendons ici, est encore plus rare dans la scarlatine, la pneumonie, la grippe, etc. Aussi bien les neurologistes s'accordent tous pour signaler ce fait. Gilbert-Ballet, dans son *Traité de Pathologie mentale*, s'exprime ainsi à ce sujet :

« Les auteurs sont d'accord pour affirmer la plus grande fréquence des affections mentales à l'âge adulte. Les statistiques confirment le fait : les psychoses sont d'habitude des maladies de l'âge adulte. L'enfance, au dire d'Esquirol, serait « à l'abri de la folie ». En tous cas les psychoses véritables s'y observent rarement. Ce que l'on rencontre chez l'enfant, ce sont les névroses, hystérie, épilepsie, chorée, somnambulisme » (1).

Moreau de Tours dit que la folie systématisée est extrêmement rare chez l'enfant, à ce point que Griesinger met en doute son existence (2).

C'est également l'opinion de Manheimer : « L'hallucination est loin d'être aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte »... « les illusions, les idées délirantes se rencontrent assez souvent chez l'enfant. En revanche ce qu'on voit infiniment plus rarement chez lui, c'est leur systématisation » (3).

A quoi cela tient-il ? Pourquoi l'enfant présente-t-il si rarement un délire systématisé ? Il semble bien

(1) GILBERT-BALLET. — *Traité de pathologie mentale*, p. 29.

(2) MOREAU DE TOURS, (loc. cit.), p. 19.

(3) M. MANHEIMER. — *Les troubles mentaux de l'enfance*, p. 60.

qu'on n'en doive pas chercher d'autres raisons que la pauvreté de son expérience, l'indigence des matériaux que son jeune cerveau a pu emmagasiner ; ou plus précisément l'absence d'ordre de ces acquisitions, la non perception de leurs rapports.

En effet, l'enfant ne sait pas coordonner ses idées. Chez lui les facultés critiques, le discernement ne sont pas encore assez développées pour qu'il puisse classer les notions acquises par son intellect. Quand il est né, son cerveau a commencé à recueillir des impressions, des images, qui s'y sont entassées pêle-mêle, — et combien fugaces encore ! Bien que Fleschig parle d'un certain travail psychique qui s'y formerait dès cette époque, on doit regarder cet organe comme étant surtout passif. C'est la « cire molle » dont parle Montaigne.

Et cette passivité persiste quelques années. Elle remplace pour un temps l'intelligence. C'est pour cela que l'enfant ne présente pas de psychose définie. Car, si l'on approfondit la genèse des délires systématisés, on voit qu'ils supposent tous un certain développement intellectuel, un travail antérieur de comparaison, d'analyse, puis de synthèse dont l'enfant n'est pas encore capable. Comment ferait-il du délire de persécution, d'ambition ou de richesse, attendu que ce sont là des concepts inconnus de lui ?

La plupart des psychiatres n'indiquent d'ailleurs pas d'autres raisons à ce fait. Moreau de Tours s'exprime ainsi : « A mesure que l'enfant grandit, il a des émotions rapides, mais peu profondes, éphémères ; sa mémoire est facile à mettre en jeu, mais peu sûre et

presque stérile, faute d'un principe qui sache employer convenablement les matériaux amassés par elle...

...Son attention est légère, difficile à captiver ; il lui est impossible de l'arrêter longtemps sur un même sujet, de réfléchir avec calme. Il manque en un mot de la comparaison qui rapproche les idées, de la réflexion qui les mûrit, du raisonnement enfin qui décide et prononce (1). »

Griesinger exprime la même opinion : « Le moi à cet âge n'est pas encore formé d'une manière bien stable, de façon à pouvoir présenter une perversion radicale. La mobilité de l'enfance est telle qu'un *ordre déterminé d'idées délirantes ne peut pas, à cet âge, s'emparer de l'esprit et se systématiser* comme cela se voit à une époque plus avancée de la vie (2). »

Manheimer dit à son tour : « Dès la première enfance, les acquisitions sont considérables ; ce sont les impressions venues du dehors, pêle-mêle. Maiselles se conservent mal, car elles sont très nombreuses. Puis la faculté de reviviscence est également incomplète ; car l'enfant ne peut localiser ces souvenirs qui renaissent ; il n'a qu'une idée très vague du temps, et de la distribution des choses dans le temps...

Le jugement et le raisonnement sont rudimentaires chez l'enfant... Son expérience est peu étendue et peu

(1) MOREAU DE TOURS (loc. cit.), p. 18.

(2) GRIESINGER. — *Traité des maladies mentales*. Traduction DUMIC. Paris, Delahaye, édit. 1865 — p. 171.

variée; de plus elle manque des données essentielles pour un contrôle sûr (1). »

Voici enfin l'opinion de Kraft-Ebing : « Les troubles psychiques de l'enfance sont des phénomènes rares. Cela s'explique par son développement psychique incomplet, et par l'absence des excitants (efforts de la lutte pour l'existence, émotions, passions, excès) qui atteignent le cerveau de l'adulte...

...L'absence du développement du moi ne permet pas le développement des psychoses variées que l'on observe chez l'adulte. Maudsley et Schüle ont montré d'une manière ingénieuse quelles formes sont possibles et se rencontrent en réalité suivant l'état du développement de la vie intellectuelle de l'enfant.

Dans les premières années de la vie, des cas de folie sensitivo-motrice, furieuse et instinctive, semblable à celle des animaux, peuvent se produire. Avec le développement de la sphère sensorielle apparaissent des cas de folie hallucinatoire dus à des fièvres, à des exanthèmes aigus. — Avec le développement de la sphère des conceptions; il peut naître des idées délirantes; cependant dans l'enfance, on voit rarement des idées délirantes systématiques (2). »

En somme les neurologistes s'accordent tous à signaler ce fait : que l'enfant présente rarement du

(1) MANHEIMER. — Les troubles mentaux de l'enfance, p. 48, 54, 57.

(2) KRAFT-EBING. — *Traité clinique de psychiatrie*, traduit par LAURENT, p. 177.

délire systématisé, et cela parce que son expérience est peu riche encore, parce que surtout il manque de la réflexion et du raisonnement indispensables pour l'élaboration de certains concepts.

CONCLUSIONS.

I. — Si le délire est fréquent dans la méningite tuberculeuse chez l'adulte, il ne se montre, *sous la forme systématisée et d'une façon prépondérante*, que rarement dans la méningite tuberculeuse de l'enfance.

II. — Nous n'avons rencontré, dans nos recherches bibliographiques, que deux cas pouvant être décrits avec l'épithète de « méningite tuberculeuse à forme délirante ». Ces deux observations appartiennent à la clinique de M. le professeur Weill.

Elles concernent toutes deux des enfants de 8 à 10 ans, période de la vie où il est rare de rencontrer des délires à type systématisé dans les maladies aiguës.

III. — Dans l'un de ces cas, les modifications psychiques consistaient en un délire hallucinatoire, dans l'autre, en un délire religieux, modalités suivant lesquelles se présente le plus souvent le délire dans l'enfance.

IV. — Il nous semble donc qu'on peut, à titre exceptionnel, décrire une méningite aiguë tuberculeuse à forme délirante chez l'enfant, cette variété clinique étant d'ailleurs d'un diagnostic plutôt difficile.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

WEILL.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon le 21 novembre 1904.

LE RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université.

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCHAMBAULT. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article méninges.
- BARDOL. — Syndrômes hystériques simulateurs de la méningite (in *Revue des maladies de l'enfance* 1893).
- BAILLS. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la méningite tuberculeuse. Th. Lyon, 1896.
- BARTHEZ et RILLIET. — Mémoire sur le diagnostic de la méningite tuberculeuse (*Journal de Médecine et de Chirurgie*, de Toulouse, 1857).
- BARTHEZ et RILLIET. — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*. 3^e édition, augmentée par BARTHEZ et SANNÉ, 1891, III.
- BOSSELUT. — Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse (Thèse de Paris, 1888).
- BOUYGUES. — Méningite tuberculeuse en plaques (*Progrès médical*, de Paris, 1885, premier semestre).
- BOUCHUT. — Méningite de la convexité de l'hémisphère droit (in *Gazette des Hôpitaux* de Paris, 1869).

- BOUNEAU. — Méningite de la base du crâne. Délire, mort (in *Gazette des Hôpitaux* de Paris, VII).
- BÉZY. — Quelques formes de la méningite chez l'enfant, (in *Revue des maladies de l'enfance*, Décembre 1893).
- CADET de GASSICOURT. — *Traité clinique des maladies de l'enfance* t. III.
- CERF. — Ein Fall von circumscripiter linksseitiger tuberculöser Convexitätsmeningitis, Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität und acuter Miliar-tuberculose der Lunge, bei einem Kind (in *Deutsches Arch. für Klinische Med.* — Leipzig 1882).
- CHANTEMESSE. — Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte. Les formes anormales en particulier. (Thèse de Paris, 1884).
- COMBY. — Méningite tuberculeuse en plaques (in *Gazette des Hôpitaux* de Paris, (1898).
- DIEUZAIDE. — Des troubles intellectuels transitoires dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. Th. Paris 1903.
- D'ESPIRE et PICOT. — *Traité pratique des maladies de l'enfance*. Paris, 1899.
- EDWARD ELLIS. — *Manuel pratique des maladies de l'enfance*. 1884.
- ESQUIROL. — Des maladies mentales, tome I.
- GILBERT-BALLET. — *Traité de Pathologie mentale*, 1903.
- FRIEDMAN. — Névroses et psychoses de l'enfance (*Revue des maladies de l'enfance*, 1893).
- JAMES GOODHART. — *Traité pratique des maladies des enfants* 1895, (Traduit de l'anglais).
- GAILLARD. — *Progrès médical* de Paris, 1881.

- GERLACH. — Ein Fall von Geisteskrankheit im Kindesalter (in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1892, tome XLVIII, p. 586).
- GRIÉSINGER. — Traité des maladies mentales. Traduction DOUMIC. Paris, 1885.
- GUINON. — Note sur la méningite tuberculeuse aiguë dans le cours de la tuberculose ganglionnaire primitive (in *Revue des maladies de l'enfance*, 1893).
- KRAFT-EBING. — Traité clinique de Psychiatrie (traduit par LAURENT).
- JUVIGNY. — Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse du nouveau-né (Thèse Paris 1886).
- LANDEL. — Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse de l'adulte (Thèse Paris, 1896).
- LANDOUZY. — Méningite tuberculeuse de l'enfant, forme monoplégique (in *Bulletin de la société anatomique de Paris*, 1873).
- LANDOUZY. — De la méningite tuberculeuse (in *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1884).
- MADELAINE. — Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse en plaques. Thèse Paris, 1892.
- HUTINEL. — Article méningite, in *Traité de Médecine*, IX, 86.
- MANHEIMER. — Les troubles mentaux de l'enfance, 1899.
- MARIE. (Aug.) — La Rage (Collection Léauté).
- MARFAN. — Article méningite in *Traité des maladies de l'enfance*, de COMBY, GRANCHER et MARFAN, IV.
- MARTIN. — Pathogénie de la méningite tuberculeuse (in *Semaine médicale de Paris*, 1898).

- MASBRENIER. — Sur un cas de méningite tuberculeuse avec délire (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1898).
- MAUBRAC. — Evolution anormale d'une méningite tuberculeuse (*Gazette médicale de Paris*, 1885).
- MOREL-LAVALLÉE. — Méningite tuberculeuse ; lésions de l'insula ; paralysies avec contracture ; phénomènes oculaires (in *Progrès médical*, 1885).
- MERTZ. — Zwei seltenere Fälle von Meningitis tuberculosa (in *Deut. med. Wochenschrift*, 1893).
- MONOD. — Des réactions méningées chez l'enfant. Thèse de Paris, 1902.
- MOREAU (de Tours). — De la folie chez les enfants. Paris.
- MORER (S). — Du délire dans les maladies aiguës. Th. Paris, 1872.
- PERNET. — Les méningites. Etude statistique et clinique des cas observés à l'hôpital Trousseau, pendant les années 1901-1902 (Thèse Paris, 1903).
- PRUD'HOMME. — Méningite tuberculeuse ; attaques antérieures de delirium tremens (in *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1870).
- RILLET et BARTHEZ. — (Voir Barthez).
- RILLIET et BARTHEZ. — Nouvelles recherches sur la méningite tuberculeuse chez les enfants. Genève, 1846.
- RILLIET et BARTHEZ. — Observation (in *Gazette médicale de Paris*, 14 novembre 1846).
- ROTHSCHILD (H. de). — *Revue d'Hygiène et de médecine infantile*, années 1902-1903.

- ROCAZ. — Du diagnostic de la méningite tuberculeuse de l'enfant (in *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, de Bordeaux, XXIII, 1902).
- ROGER. — Note sur un cas de méningite tuberculeuse (in *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1886).
- SCHOULL. — De la méningite tuberculeuse chez l'enfant. Paris, 1894.
- SIMON (Max). — *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (1862).
- SIMON (Max). — Pathogénie de la méningite tuberculeuse (in *Revue des maladies de l'enfance*, 1893).
- SÉE (Germain). — Diagnostic et physiologie de la méningite tuberculeuse (leçons recueillies par HUTINEL in *Union médicale*, 1879).
- SORNAS. — Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse à forme de delirium tremens (Th. Paris 1886).
- TAMBURINI. — Les localisations cérébrales et les hallucinations (in *Progrès médical*, 1881).
- VIGOUROUX. — Méningite tuberculeuse à forme mélancolique (*Société médico-physiologique*, juin 1901).
-

